Ｆａｘ送信

**（添書不要）**

**送信先：岩手県作業療法士会　事務局**

**ＦＡＸ：０１９－　６９１－１５８８**

**〆切：平成30年9月28日（金）　朝7時厳守**

**送信元：**

**【第44回岩手県精神保健福祉大会】**

**＊参加申し込み＊**

**所属**

**氏名**

**連絡先**